3(

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

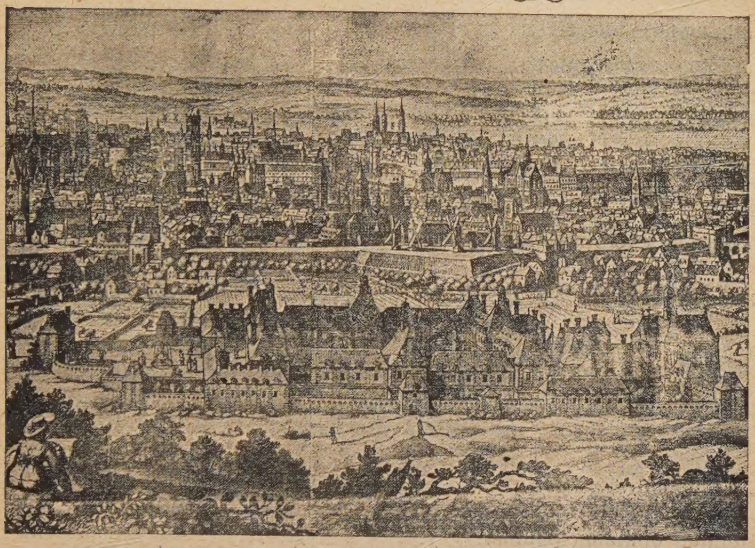
ANNÉE 1907 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Novembre 1907, à 1 heure

PAR

A. THOUVENOT



L'HOSPITAL SAINT LOVIS EN 1620

Etude sur le Chancre des Gencives

Président : M. GAUCHER, *professeur*

Juges { MM. ROGER, *professeur*
MACAIGNE, *agrégé*
SICARD, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE, 15, RUE RACINE

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. DEBOVE**
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DEJERINE BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LANGLOIS	NICLOUX
BALTHAZARD	DEMELIN	LAUNOIS	NOBECOURT
BRANCA	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BEZANÇON (Fer.)	DUPRÉ	LEGRY	POTOCKI
BRINDEAU	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BROCA	GOSSET	LŒPER	RENON
BRUMPT	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
CARNOT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CASTAIGNE	JEANSELME	MARION	SICARD
CLAUDE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
COUVELAIRE	LABBE (Marcel)	MULON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES PARENTS

ÉTUDE

SUR LE CHANCRE DES GENCIVES

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire du chancre de la gencive est intimement liée à celle des chancres des autres régions de la cavité buccale.

Cette variété de syphilis extra-génitale avait déjà été signalée au XVIe siècle, au moment de la grande épidémie qui sévit à cette époque.

En 1736, Astruc mentionne la possibilité de la présence du chancre sur les gencives. « C'est ainsi disait-il, que les chancres surviennent à la bouche, aux gencives, au palais, aux joues, si le mal est pris en faisant des baisers. »

De même en 1768, Fabvre dans son *Traité des*

maladies vénériennes écrit : « Les chancres peuvent naître sur toutes les parties du corps qui ne sont point couvertes d'une peau dense et épaisse comme la langue, les lèvres, l'intérieur des joues, les gencives, les mamelons, les bords de l'anus. »

Swediaur, vers la même époque, cite le cas d'une jeune fille de Londres, qui, s'étant fait arracher une dent gâtée et l'ayant remplacée aussitôt par une dent tirée immédiatement de la bouche d'une jeune femme qui paraissait saine, fut bientôt attaquée d'un ulcère de nature syphilitique, qui résista au traitement mercuriel, amena la carie de la mâchoire, emmena la malade au tombeau.

Avec Hunter, Ricord, la syphilis extra-génitale, étend son domaine, et si l'on en croit ces auteurs, aucune région du corps ne serait à l'abri du contage.

Mais ce n'est véritablement qu'à la findu siècle dernier, que l'étude des chancres extra-génitaux prit en France et à l'étranger une extension qu'elle ne connaissait pas jusqu'alors. De nombreuses statistiques se dressent de toutes parts, de nombreuses observations des différentes localisations anormales du chancre induré sont publiées : cependant, parmi toutes ces observations, on en rencontre un bien petit nombre concernant le chancre de la gencive. Leloir en 1886, Lancereaux en 1889, Dunkan Bulkley en 1894 en publient quelques cas afin d'attirer l'attention sur un nouveau mode de contamination par les instruments de dentisterie.

Pour trouver un exposé précis des caractères du chancre gingival et une description exacte de ses variétés, il faut remonter à ces dernières années, en 1897 au chapitre magistral que le professeur Fournier lui a consacré dans son *Traité des chancres extra-génitaux*.

CHAPITRE II

Statistique

En 1894, Dunkan Bulkley, *in Syphilis in the Innocent*, faisant état des travaux statistiques publiés dans le monde entier sur les chancres extra-génitaux, rassemble 42 cas de localisations syphilitiques primaires sur la gencive, contre 1810 chancres des lèvres, 307 des amygdales et 157 de la langue.

Le chancre de la gencive n'occupe donc que le quatrième rang dans la fréquence des localisations buccales de la syphilis. C'est d'ailleurs au même résultat qu'aboutit la statistique du professeur Fournier, portant à la fois sur sa clientèle de ville et sur ses malades de l'hôpital, soit 11 cas de chancre de la gencive contre 567 des lèvres, 75 de la langue et 69 des amygdales.

La même année en 1897, Munchheimer, de Breslau, refaisant en Allemagne ce qu'avait fait Dunkan Bulkley en Amérique, publie une statistique où figurent 57 cas de chancre de la gencive contre 2285 de la lèvre, 504 de l'amygdale et 175 de la langue. (*Arch. für Dermatologie und Syphilis*, XL, XLI, 1897, p. 219.)

Parmi les statistiques moins importantes publiées dans ces dernières années citons celle de Carivenc (Thèse de Paris, 1905) portant sur les malades du service de M. le professeur Gaucher, de novembre 1902 à avril 1905, dans laquelle on voit figurer 2 cas de chancre de la gencive, à côté de 58 des lèvres, 12 de la langue, 12 de l'amygdale.

CHAPITRE III

Etiologie

« La syphilis, nous dit M. le professeur Fournier, peut être portée à la bouche de cent façons différentes », et ce disant il a fait dans son *Traité des chancres extra-génitaux* une longue et originale énumération ; de ce que peuvent être les moyens de contamination ; quelle que soit la région de la cavité buccale contagionnée, les moyens sont sensiblement identiques : nous ne pouvons les passer tous en revue. — Voyons seulement ce qu'ils ont été dans les cas que nous avons rencontrés.

Nous avons réuni 24 cas de syphilis gingivale primaire : dans 10 de ces cas l'étiologie de la contagion n'a pu être mise au clair, ou n'a pas été mentionnée. Dans les 14 autres elle semble avoir été rattachée à des causes exactes.

1° *Origine vénérienne*

C'est là une opinion assez répandue dans le vulgaire, que les chancres buccaux, quelle que soit la région de

la bouche sur laquelle ils siègent, prennent leurs origines dans des rapports sexuels anormaux, que ces rapports soient péno-buccaux et surtout bucco-vulvaires. Cette origine vénérienne, nous ne l'avons rencontrée qu'une seule fois chez ce malade présenté par M. Danlos à la Société de Dermatologie en 1895.

OBSERVATION I

Ch..., dix-huit ans, garçon de café.

Aucun antécédent héréditaire, lui-même s'est toujours bien porté. Pas de maladies à signaler dans l'enfance.

Au commencement de septembre 1894, chaude-pisse passée actuellement à l'état chronique ; goutte militaire tous les matins.

Vers le milieu d'avril dernier, gale à lésions polymorphes, à localisations caleçon de bain surtout, pour laquelle on lui donne une frotte.

Puis à la fin d'avril dernier (vers le 25 environ, il y a donc à peu près un mois et demi) le malade s'aperçut pour la première fois du saignement facile de ses gencives, tout autour de ses gencives aussi bien inférieures que supérieures.

Huit jours après survient un gonflement assez intense de la région sous-maxillaire droite, bientôt suivi d'un gonflement symétrique à gauche.

L'adénopathie maxillaire augmente encore les jours suivants, mais le malade continue à vaquer à ses occupa-

tions, jusqu'au jour où un ictère probablement catarrhal (suite de libations un peu copieuses) le fait recevoir à l'hôpital le 6 janvier dernier.

A l'entrée : De constitution robuste, la peau d'une coloration nettement ictérique qui ne permet que difficilement de déceler au premier abord les traces d'une roséole maculeuse à forme disséminée prédominant surtout le thorax; l'abdomen, les membres supérieurs, la nuque, la face les membres inférieurs sont respectés (1).

L'adénopathie inguinale existe, mais faible et sans pléiade bien distincte.

Il n'en est pas de même des ganglions sous-maxillaires, tuméfaction intense surtout à droite, et le doigt qui palpe la région sent une masse dure, indolente, difficile à délimiter, englobant le tissu cellulaire et le tout glissant difficilement sur l'arc osseux du maxillaire.

La double chaîne cervicale postérieure est sentie de façon également très nette.

L'examen de la gorge et de la bouche ne décèle aucune trace de plaques muqueuses ; les dents sont saines et en bon état ; mais on remarque au niveau des deux incisives supérieures une ulcération de la muqueuse gingivale en forme de demi-croissant dont la convexité supérieure atteint le sillon gingivo-labial, et la concavité inférieure s'avance légèrement en pointe dans l'espace interdentaire.

Un très léger bourrelet muqueux en marque les limites

---

1. L'existence de cette roséole était inconnue du malade il n'en peut donc préciser la date d'apparition.

périphériques ; le fond en est grisâtre par places, rouge foncé en d'autres, facilement saignant,

L'induration est difficile à percevoir, absente au niveau du sillon gingivo-labial.

Enfin au niveau de l'incisive latérale droite, nouvelle petite érosion en croissant, localisée au collet même de la dent, légèrement surélevée, saignant également facilement.

Tout autour de ces points et s'étendant même aux gencives inférieures, rougeur diffuse de la muqueuse gingivale qui saigne facilement au moindre attouchement.

La gingivite reste localisée aux parties inférieures, au niveau des molaires, la muqueuse gingivale est saine.

Pas de troubles fonctionnaires. La préhension et la mastication se font de façon normale.

Interrogé sur l'étiologie de ces lésions, le malade nous a dit avoir eu des rapports « ab ore » assez fréquents avec une femme publique à laquelle il reste fidèle pendant plus de deux mois avant et même après l'apparition de ses lésions gingivales. Il est à remarquer que le coït « ab ore » a toujours précédé le coït normal.

11 juin 1895.— La roséole existe toujours, quoique s'atténuant. L'ictère sous l'influence des purgatifs a cédé.

L'adénopathie sous-maxillaire reste la même. Le caractère du chancre gingival ne n'est pas changé.

Pas de céphalées, pas de maux de gorge, pas de chute de cheveux.

Le 12 on soumet le malade au traitement spécifique.

2° *Origine accidentelle*

Tous nos autres cas de syphilis gingivale relèvent de contagion accidentelle.

Parmi celles-ci, il en est une, qui comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, était bien connue des anciens auteurs, c'est la contamination par les baisers. Le contact d'une bouche virulente avec une bouche saine est capable de la contagionner à son tour, et la salive aidant à la dissémination du virus, cette contamination peut se faire sur n'importe quelle région de la cavité buccale : une seule fois le chancre de la gencive semble avoir été produit de cette façon.

OBSERVATION II

(Hulot. — *Archives de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1879.)

X..., âgé de trente-deux ans, journalier, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et est reçu dans le service de M. Fournier.

En 1870 le malade fut soigné à l'hôpital du Midi pour un chancre phagédénique et gangréneux qui a laissé dans la rainure balano-préputiale une cicatrice, blanche, déprimée, large comme une pièce de 1 franc. Il ne subit aucun

traitement interne et après sa sortie n'eut ni éruption, ni maux de gorge, ni croûtes dans les cheveux, ni enfin aucune manifestation syphilitique.

Le 5 octobre dernier, il y a six semaines, le malade fut embrassé sur la bouche par une femme avec laquelle il n'affirme n'avoir eu d'autres rapports. Un mois plus tard il remarquait au-dessus des premières incisives supérieures une ulcération qui augmenta rapidement d'étendue, de consistance et de volume. Depuis peu de jours il s'est aperçu qu'il avait sur le corps une éruption confluente de petits boutons rouges, plats, grands comme des lentilles.

C'est presque au même moment, nous dit-il, qu'il a remarqué sur ses bourses une vingtaine de petites ulcérations qui ne sont autre chose que des syphilides ulcéreuses du scrotum. L'érosion de la gencive consiste en une entamure de la grandeur d'une amande, à diamètre transversal, découvrant le collet des incisives et même une petite surface du bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Elle repose sur une base indurée aisément perceptible. De leur côté les ganglions sous-maxillaires sont considérablement engorgés et forment de petites tumeurs, dures, indolentes.

Le 19 novembre on fait au malade deux inoculations l'une au bras droit avec la sérosité gingivale, l'autre à la cuisse avec la sérosité scrotale ; le résultat fut négatif.

Le 21 novembre dernière tentative d'inoculation, sans résultat.

Le malade fut mis au traitement spécifique.

Plus nombreux sont les cas où l'infection a été portée sur la gencive par des agents intermédiaires inanimés souillés par le virus syphilitique.

Ces agents ont été dans l'espèce des ustensiles d'alimentation, verres, tasses.

OBSERVATION III

Société Berlinoise de Dermatologie (*5 mars 1895*).

M. Paul présente, de la clinique de M. Blaschko, un homme de soixante-quinze ans qui avait montré au mois de décembre de l'année passée une affection primaire spécifique dans la région des incisives supérieures. Il s'était servi de la même tasse que son hôte qui était syphilitique. En outre il avait des plaques muqueuses sur les amygdales et d'autres symptômes qui disparurent après huit injections intra-musculaires. Cette observation est intéressante à cause de l'infection extra-génitale rare vu l'âge du malade et de troubles oculaires (rétinite syphilitique et décoloration de l'iris) qui apparurent trois mois après l'accident primitif.

Dans un autre cas cité plus loin, où le chancre s'était développé sur une gingivite phosphorée, la contagion semble avoir été également produite par un verre, toutes les ouvrières de la fabrique, où la malade était employée, ayant l'habitude de boire dans un verre commun. (Obs. XV.)

Les pipes cigarettes.

OBSERVATION IV

(*Berliner Dermatologie Gesellschaft*, 10 mars 1898.)

Bruhms présente un malade entré à la Charité pour un chancre mou ; en se promenant dans le jardin il accepta une cigarette que fumait un autre malade atteint d'une syphilide spécifique et de plaques muqueuses de la lèvre. Dans la Haute-Egypte c'est un mode de contagion très habituel, les Arabes se demandant réciproquement les cigarettes qu'ils fument.

Un autre malade de Nivet (v. plus loin obs. XIX) avait été contaminé en fumant dans une pipe qui ne lui appartenait pas.

Il est un certain nombre d'objets qui servent plus souvent et plus spécialement d'agents de contagion dans le chancre de la gencive, parce qu'ils ont plus de chances d'être en rapport direct avec elle, parce qu'ils sont susceptibles d'y réaliser du même coup l'infection et le traumatisme qui lui servira de porte d'entrée dans l'organisme.

Ces agents sont :

1° *Les instruments de dentisterie*

C'est là une des causes les plus fréquentes de syphilis des gencives puisque sur quatorze cas, six de nos malades ont été ainsi contagionnés au cours

d'opérations dentaires. Ces cas assez nombreux et excusables au moment de la période préaseptique devraient se faire rares maintenant que l'asepsie a eu le temps de pénétrer dans tous les cabinets dentaires. Il n'en est malheureusement rien si l'on en croit une observation récente : « Le cabinet du dentiste est un bureau, une sorte de salon et une salle d'opération ; un luxe quelconque satisfait la clientèle et tient lieu d'asepsie. Rares sont ceux qui ont une étuve ou une bouilloire dans leur cabinet. »

OBSERVATION V

(Leloir. — *Leçons sur la syphilis*. Paris, 1886, p. 62.)

Certaines opérations chirurgicales ou autres pratiquées au moyen d'instruments souillés par le virus syphilitique ont parfois inoculé la syphilis.

J'ai vu il y a quelque temps un malade atteint de chancre infectant de la gencive chez lequel la contamination semble avoir été produite à la suite du nettoyage et du masticage d'une dent au moyen d'instruments souillés.

OBSERVATION VI

(Roddick. — *Montreal medical journal*, 1888, XVII, n° 2, p. 93.)

Le Dr Roddick de Montréal cite un cas de chancre infectant gingival qui succéda à une extraction dentaire très laborieuse ayant lacéré tout le tissu de la gencive. « Une enquête très minutieuse, dit-il, sur les origines de ce chancre, finit par établir que suivant toute probabilité la contagion avait été transmise par un davier qui avait servi à un sujet syphilitique, en puissance de plaques muqueuses buccales ».

OBSERVATION VII

(Lancereaux. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1889, XXII, p. 447. *L'Union médicale*, 1889, XLVIII, p. 655.)

Mme X..., trente-six ans, se faisait soigner du commencement de septembre jusqu'à novembre 1888, chez un des dentistes les plus renommés de la capitale. A la suite d'extraction de dents, elle se fit poser un râtelier à la mâchoire supérieure sur le conseil que lui donna le spécialiste. Vers le milieu de novembre, elle éprouva de la douleur au niveau de la gencive supérieure, à gauche de la ligne médiane ; puis à ce même moment apparut sur ce point une tuméfaction indurée. Peu de temps après, sui-

vent à gauche d'abord un gonflement à peine douloureux avec induration des ganglions sous-maxillaires, et, un peu plus tard une tuméfaction de ganglions du côté opposé.

Les médecins consultés croyant à une sorte d'abcès de la mâchoire, pratiquèrent une incision sans résultat. Vers le 8 janvier, apparition sur toute la surface du tronc, sur les cuisses, sur les bras et même sur les avant-bras d'une éruption papuleuse disséminée, couleur cuivrée, maigre de jambon, bientôt surmontée d'une petite vésico-pustule qui ne tarda pas à disparaître laissant à sa place la papule qui s'affaissa peu à peu et présenta une légère desquamation.

Après cette première éruption survint sur les jambes au niveau des tibias, une nouvelle poussée éruptive que le médecin traitant crut devoir considérer comme un érythème noueux d'autant mieux qu'elle se trouvait accompagnée de douleurs articulaires avec léger gonflement des cous-de-pied et des genoux. Diverses médications employées restèrent sans effet, c'est plus tard, le 7 février, que je fus mandé en consultation auprès de cette malade, voici quel était alors son état : Cette femme, assez bien constituée, offrait quelques taches d'un rouge brunâtre sur la face.

Les ganglions maxillaires étaient encore légèrement indurés à gauche, un peu plus à droite, la gorge moins rouge qu'autrefois l'était cependant encore, la membrane muqueuse de la bouche était intacte, mais il existait une contracture des mâchoires qui rendait la mastication fort difficile. Cette contracture était l'effet d'une induration avec tuméfaction du muscle masséter du côté droit et en

même temps quelques branches de nerf sous-maxillaire comprimées donnaient lieu à des névralgies intenses que les piqûres de morphine parvenaient seules à calmer. Indépendamment de ces névralgies, la malade éprouvait dans la tête, vers 8 heures du soir, des douleurs qui rendaient le sommeil impossible.

A la pression du crâne il existait çà et là des points douloureux dus à des périostites ; on avait observé d'ailleurs à la partie supérieure du radius une tuméfaction peu douloureuse manifestement produite par une périostite de cet os ; mais de plus la région antérieure des bras, une partie du tronc et surtout l'abdomen, étaient le siège de petites élevures papuleuses cuivrées, confluentes et en voie de desquamation à leurs sommets ; toutes ces papules isolées, disséminées et non prurigineuses offraient les caractères manifestes des éruptions cutanées syphilitiques. Il existait en outre quelques ganglions inguinaux indurés et des adénites spécifiques multiples à la région postérieure du cou. Ajoutons que les douleurs des articulations tibio-tarsiennes des genoux et des doigts venant s'ajouter à celles de la tête, rendaient l'existence de la malade très pénible et lui faisaient désirer une prompte délivrance.

Ces douleurs, l'éruption cutanée, la fièvre qui oscillait entre 39 et 40 degrés, l'espace de temps où la malade a commencé à faire soigner sa bouche et celui où elle s'est aperçu d'une lésion à la mâchoire supérieure, celui qui s'est écoulé depuis l'accident de la gencive jusqu'au moment où s'est montrée l'éruption cutanée, ce sont là autant de circonstances qui nous ont conduit à diagnostiquer positivement une maladie syphilitique et à reconnaître

que cette maladie avait sûrement son origine dans les opérations pratiquées par le dentiste. Ajoutons que le traitement, iodure de potassium et préparations mercurielles, est venu confirmer notre manière de voir et la malade en question est aujourd'hui bien portante.

OBSERVATION VIII

(Diagnostic rétrospectif par le Dr Chompret, dentiste des hôpitaux. *Revue de Stomatologie*, 1900, p. 503.)

Cas de chancre de la gencive et de gingivite syphilitique

Le 31 mars 1900, Mme B..., nous est amenée par son fils, interne des hôpitaux, pour nous consulter au sujet d'une stomatite datant de deux mois et qu'aucun traitement n'a pu améliorer jusqu'à ce jour...

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

... Nous diagnostiquons une stomatite rhumatismale avec névralgie de la branche linguale ayant comme point de départ l'infection articulaire de la deuxième petite molaire inférieure gauche.

Le traitement consiste en l'extraction de cette dent et des soins hygiéniques de la bouche obtenus par le savonnage avec le savon dentifrice à l'acide salicylique et les bains de bouche répétés avec une solution d'hydrate de chloral.

Mme B... revenait le 5 avril, me disant que ses douleurs

étaient moindres, mais persistaient cependant toujours et que seul les bains de bouche à l'hydrate de chloral lui produisaient un soulagement malheureusement passager.

Ayant l'intention d'instituer un traitement général, je priai Mme B... de m'envoyer son fils afin que nous puissions nous entendre à ce sujet.

Notre confrère vint me voir cinq jours plus tard et me fit part alors d'un soupçon qui lui était venu déjà plusieurs fois à la pensée en examinant la bouche de sa mère. Il avait constaté, il y a deux mois, au début des douleurs actuelles comme des plaques muqueuses arrondies à l'aspect blanc grisâtre et siégeant sur la muqueuse des lèvres et des gencives. Ces plaques avaient disparu très vite sous l'influence des soins hygiéniques et autres de la bouche et elles n'existaient plus quand la malade est venue nous consulter.

Partant sur cette piste et examinant et interrogeant de nouveau Mme B... il nous fut facile de rétablir l'histoire de la maladie.

En novembre 1899 Mme B..., souffrant de sa petite molaire inférieure gauche, était allée trouver son dentiste qui lui fit une série de pansements dans la cavité postérieure de sa dent. Les douleurs cessèrent, mais il se développa au niveau de la carie dentaire sur la gencive une ulcération semi-lunaire assez creuse couverte de détritus grisâtros et qui mit plus de deux mois à guérir.

Ne souffrant plus de sa dent, mais, ennuyée de ce qu'on ne la lui obturait pas et de l'état de sa gencive, Mme B... ne retourna plus chez son dentiste.

Il nous fut impossible de savoir s'il y avait eu engorge-

ment ganglionnaire à ce moment ; la roséole elle-même, si roséole il y eut, passa inaperçue.

La seule manifestation syphilitique secondaire remarquée fut la présence de plaques muqueuses que nous pûmes constater nous-mêmes quelques jours plus tard.

Le traitement antisyphilitique institué immédiatement eut un résultat merveilleux, car, dès le lendemain de la première prise de mercure, M^me^ B... voyait disparaître tous les phénomènes douloureux qui duraient depuis plus de six semaines et qui n'ont pas reparu depuis.

OBSERVATION IX

(Fournier. — *Chancres extra-génitaux*, 1897, p. 130.)

Une toute jeune femme mariée depuis six à sept semaines m'est présentée, par son médecin, à propos d'une lésion gingivale suspecte: mais que ledit confrère n'osait qualifier de chancre en raison de la condition toute spéciale de sa cliente. Or telle était la physionomie de cette lésion que de prime abord comme après mûr examen, je la jugeai de nature chancreuse. Ce qu'on voyait était ceci : au-dessus de la deuxième incisive et de la canine gauche de la mâchoire supérieure une petite érosion figurant un croissant à contours régulièrement géométriques ; érosion tranchant sur la muqueuse par une belle couleur d'un rouge carminé, lisse et unie de fond, sans entamure périphérique, etc. Comme de plus cette érosion, qui remontait à quinze jours, était flanquée d'une adénopathie sous-maxillaire très nette, le diagnostic s'imposait manifestement ;

c'était un chancre gingival dont se trouvait affecte cette jeune femme. Et, en effet, ce diagnostic ne tarda pas à être pleinement confirmé.

Et dès lors intervint le mari sur lequel pesait actuellement un soupçon grave. Il se disait sain et « entendait bien le démontrer ». Je l'examinai et, en effet le trouvai indemne. D'où provenait donc la contagion ? Après une longue et minutieuse enquête, dont je vous épargnerai les détails, une seule hypothèse reste acceptable et probable à savoir, une contamination dérivant des doigts ou des instruments d'un dentiste. Et en effet la malade trois à quatre semaines avant l'invasion de l'accident était allée se faire panser et obturer une petite carie, laquelle affectait précisément l'une des dents au-dessus desquelles s'était produit le chancre.

OBSERVATION X

(Jeanselme. — Chancre extra-génitaux. *Gazette des hôpitaux*, 8 mai 1906, 627.)

M. Jeanselme rapporte qu'étant assistant à la Consultation de Saint-Louis, il eut à donner des soins à un jeune homme, pour une ulcération rebelle située sur la gencive inférieure à la hauteur d'une dent molaire qui avait été enlevée quelques semaines auparavant à l'aide de la clé de Carangeot.

2° *Les brosses à dents, cure-dents, etc.*

OBSERVATION XI

(Foveau de Courmelles. — Communiquée par M. le professeur Fournier à l'Académie de Médecine. *Journal des maladies cutanées*, septembre 1905.)

Un mari prend une syphilis bénigne, la donne à sa femme très anémiée et qui a eu de graves accidents secondaires syphilides ulcérées buccales et cutanées. La sœur de la femme vient habiter chez elle avec l'enfant qu'elle nourrit, elle met sa brosse à dents avec celle de sa sœur et se fait arracher des dents sur ces entrefaites. Elle est contaminée et contamine son enfant, le mari éloigné échappe. La brosse à dents servait avec de l'eau simple. Dans un autre cas analogue à celui-ci et où un dentifrice alcoolique était employé, il n'y eut pas de contagion.

OBSERVATION XII

(Gaucher et Druelle. — *Revue de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1907.)

Jeune homme de vingt et un ans, sans antécédents pathologiques importants, héréditaires ou personnels, entré dans le service du professeur Gaucher auquel il

avait été envoyé par le Dr Curet, dentiste de l'Hôtel-Dieu, pour une ulcération de la gencive supérieure. Cette lésion date de trois semaines, elle a débuté par une petite excoriation superficielle qui a en quelques jours atteint la forme et les dimensions actuelles.

Cette ulcération siège sur la gencive supérieure gauche, elle se traduit par une perte de substance occupant le bord de cette gencive, déchaussant un partie de la face intérieure des deux incisives et atteignant sa plus grande profondeur entre l'incisive médiane et l'incisive latérale gauche. Elle érode le périoste et le bord antérieur alvéolaire du maxillaire. Ses bords sont arrondis et durs non décollés. Le fond non suppurant est recouvert d'une pellicule blanc jaunâtre. Ses dimensions atteignent suivant les diamètres 1 à 2 centimètres. Les dents sont saines, il n'y a pas de gingivite, rien à la langue ni dans le reste de la bouche. Le malade n'éprouve aucun phénomène douloureux même pendant la mastication.

Cette lésion gingivale s'accompagne d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire du côté gauche. Les ganglions sont durs, indolores, appliqués au bord inférieur et à la face interne de la mâchoire, l'un deux atteint presque le volume d'un œuf de pigeon. D'autres ganglions plus petits, durs, mobiles, indolores, existent aussi le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien du même côté.

Légers maux de tête apparus depuis quelques jours, surtout aux dernières heures de la journée. Bon état général, rien d'autre à noter que le malade est soumis au traitement mercuriel depuis son entrée.

Ce cas est un exemple typique de chancre syphilitique

du bord de la gencive supérieure. Le mode de début est l'évolution, la forme et l'aspect de la lésion, l'engorgement ganglionnaire si caractéristique ne laissent aucun doute à cet égard.

Le mode de contamination ne peut être affirmé ici d'une façon absolue ; cependant de notre enquête il résulte qu'il n'est presque certainement pas d'origine vénérienne, mais relève vraisemblablement d'une excoriation et d'une infection par cure-dents dont se servait constamment le malade sans précaution suffisante.

Cette observation en tout cas, nous a paru assez rare et assez intéressante pour mériter d'être présentée à la Société.

M. Gaucher. — Le cas de chancre syphilitique de la gencive est remarquable par ce fait qu'il s'agit d'une ulcération profonde atteignant le périoste et déchaussant plusieurs dents. Il faut reconnaître que ce ne sont pas là les caractères habituels d'un chancre syphilitique.

M. Danlos. — Le chancre syphilitique des gencives n'est pas toujours aussi profond Il peut n'être qu'érosif et superficiel ; il en était ainsi dans un cas que j'ai observé.

Il nous reste à mentionner comme pour les autres localisations du chancre, le rôle de cause d'appel joué par les affections préexistantes de la gencive.

Ce seront de menus traumas dus à la présence d'une dent brisée accidentellement ou cariée, présentant des bords tranchants, ou l'inflammation produite par l'évolution d'une dent de sagesse. Peut-être faut-il incriminer le dépôt de tartre dans le

sillon gingivo-dentaire, souvent méconnu à ses débuts, qui trouble la nutrition des parties molles et favorise la pénétration des agents microbiens. Plus rarement le *foramen contagiosum* aura été produit par une gingivite chronique phosphorée ou scorbutique comme c'était le cas dans deux de nos observations.

OBSERVATION XIII

(Frossard. — Thèse de Paris, 1901.)

Observation d'un chancre syphilitique coexistant avec un chancre lingual, survenu à la suite d'ulcération simple d'origine dentaire et de gingivite fongueuse.

L..., journalier, quarante-cinq ans.

Le malade se présente à la consultation, se plaignant d'une ulcération au niveau de la langue.

A l'ouverture de la bouche, on constate au niveau de la gencive surplombant les incisives médianes et latérales supérieures une tuméfaction rouge vif formant bourrelet au niveau du collet des dents. La gencive est déchiquetée d'une couleur grisâtre de sphacèle. A la palpation cette tumeur est assez résistante, à la pression il s'écoule du pus au niveau du feston gingivo-dentaire.

La langue présente vers sa pointe, à droite, une ulcération petite, blanchâtre, légèrement creusée, de la grosseur d'un petit pois autour de laquelle s'étend une zone de muqueuse rouge et fauchée. A la palpation on cons-

tate la présence d'un noyau dur. En passant à l'examen plus détaillé du système dentaire, on constate que l'incisive latérale droite est cassée au niveau de son angle externe et forme ainsi une pointe en rapport direct de l'ulcération linguale.

Les gencives du haut et du bas sont atteintes de gingivite tartrique et transformées en un bourrelet fongueux.

Les languettes interdentaires sont hypertrophiées, le pus s'écoule à la pression au niveau du collet de toutes les dents. On aperçoit sur la face extrême de la gencive, au niveau de la canine droite carrée, l'orifice d'une fistule laissant suinter quelques gouttes de pus.

Les dents sont du reste déchaussés et branlantes, surtout la première molaire supérieure gauche qui, à l'examen du palais, montre à nu sa racine palatine presque jusqu'à son sommet.

Interrogé sur ses antécédents, le malade nous apprend que depuis longtemps ses dents sont déchaussées et que ses gencives saignent facilement. C'est un chiqueur endurci. Il y a cinq semaines il s'est mordu la langue avec son incisive cassée, dit-il. Il y aurait eu un léger écoulement de sang à la suite de cette morsure. Ce léger trauma guérit facilement et ce n'est que depuis une quinzaine de jours qu'il s'aperçut d'une nouvelle *écorchure* au même endroit.

L'examen stomatique décèle au niveau de la région sous-maxillaire droite un ganglion petit, dur, indolent. Rien d'autre à la surface du corps.

Traitement. — Le diagnostic reste en suspens. Nous pratiquons le nettoyage soigné de la bouche du malade,

abrasion du tartre gingival d'après le procédé que nous avons décrit, avulsion de la canine portant une fistule et des divers chicots. Nous badigeonnons les parties fongueuses avec l'acide chromique. Nous conseillons au malade des bains de bouche prolongés avec de l'eau de Saint-Christau.

Nous avons revu le malade deux jours après, l'ulcération de la langue était restée stationnaire. Sa gingivite généralisée était en voie de guérison. Néanmoins au niveau de la région sus-incisive supérieure, la gencive était toujours œdématiée, rougeâtre avec une ulcération, suivant le collet des incisives grisâtres recouverte de débris de muqueuse effilochée pour ainsi dire.

Nous revîmes le malade une troisième fois à huit jours d'intervalle, et l'ayant déshabillé, nous constatâmes sur le thorax et sur la peau de l'abdomen l'apparition d'une roséole discrète qui fut diagnostiquée syphilitique.

Nous sommes en présence, chez ce malade, de deux chancres syphilitiques, l'un à la pointe de la langue, l'autre sur la gencive. L'un lingual s'est développé en face d'une dent brisée, l'autre gingival s'est développé sur une gencive fongueuse, saignante ulcérée antérieurement.

OBSERVATION XIV

(Stourme. — Thèse de Lyon, 1889.)

Chancre de la gencive

Sous-lieutenant, vingt-trois ans, consulte au mois de

novembre 1883 M. Poncet pour une ulcération utra-buccale s'accompagnant d'adénite sous-maxillaire avec divers troubles fonctionnels.

Depuis trois ou quatre mois il éprouvait une certaine gêne pour ouvrir la bouche et quelques douleurs qu'il attribuait avec raison à l'évolution d'une dent de sagesse. Il s'était aperçu, il y a sept semaines environ, d'une ulcération siégeant au voisinage de la dent. On aperçoit en effet une longue ulcération entourant le sommet de la dent, elle empiète sur la muqueuse buccale correspondante.

Céphalée. Eruption papuleuse sur le tronc et les membres. Nulle part trace de chancre sur les organes génitaux.

Le diagnostic de chancre induré fut confirmé par le traitement. Lorsqu'il quitte Lyon, sept mois après, il était en voie de guérison.

OBSERVATION XV

Cas observé à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Girode ; cas de chancre gingival syphilitique développé sur une gingivite phosphorée. Celle-ci avait précédé de six semaines la date vraisemblable de l'infection syphilitique. Quant au facteur pathogénique intermédiaire entre la lésion professionnelle et l'inoculation syphilitique il est inconnu.

Le Dr Girode signale pourtant le fait suivant : Les ouvrières de la fabrique d'allumettes dans laquelle était employée sa malade ont l'habitude de prendre leurs repas

dans l'atelier tout en travaillant et pour boire se servent d'un verre commun.

Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans, travaillant depuis trois ans dans une fabrique d'allumettes chimiques qui vient à l'hôpital Saint-Louis le 22 décembre 1887 pour des lésions buccales remontant à deux mois.

Au début elle avait, comme la plupart de ses compagnes d'atelier, de l'irritation gingivale, des douleurs dentaires et un crachotement muco-purulent. Elle a vu apparaître ensuite sur la gencive supérieure une lésion ulcéreuse suivie bientôt sous l'angle de la mâchoire droite d'une tuméfaction indolente.

A l'entrée de la malade on constate les trois faits prinpaux suivants :

1° Sous l'angle de la mâchoire droite une tuméfaction dure indolente, polyganglionnaire rappelant nettement les caractères de l'adénopathie symptomatique du chancre syphilitique ;

2° Sur le tronc, au niveau des flancs, au-devant de la poitrine et à la racine des membres une éruption en partie papuleuse mais surtout roséolique ;

3° Sur la mâchoire supérieure une lésion ulcéreuse de la gencive entourée d'un bourrelet induré.

Les deux incisives supérieures droites et la partie avoisinante du maxillaire sont dénudées par la destruction de la gencive en arrière de l'arcade dentaire ; l'aspect est semblable, mais le maxillaire est dénudé dans une étendue moins grande ; deux dents sont ébranlées ; quand on les mobilise, une goutte de pus sort de leur alvéole. La gen-

cive qui borde cette ulcération dento-maxillaire est tuméfiée rouge, ulcérée, elle forme au-devant une sorte de bourrelet semi-lunaire encadrant la dénudation de l'os ; en arrière la tuméfaction gingivale empiète un peu sur la portion voisine du palais. Le reste des gencives présente les caractères d'une gingivite chronique. La malade se plaint de plus d'une céphalée nocturne très intense.

Diagnostic. — Chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée avec nécrose du maxillaire supérieur due à la profession de la malade et non à la localisation chancreuse.

Sous l'influence du traitement (2 pilules protoiodure à 0,05 et iodure de potassium 1 gramme), amélioration rapide des phénomènes généraux, diminution de l'induration gingivale, de l'adénopathie et disparition à peu près complète de roséole.

(*Revue de Syphiligraphie*, 1888, p. 417.)

OBSERVATION XVI

(F. Moty. — *Echo médical du Nord*, 28 mars 1897, 126.)

Syphilis ignorée et syphilis céphalique primitive

Soldat d'infanterie entré à l'hôpital militaire de Lille pour adénite sous-maxillaire gauche, affection qui date de quatre jours au dire du malade, a débuté sans cause connue et présente les plus grandes analogies avec un phlegmon dû à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse : gonflement très considérable, dur, élastique adhérent à

l'angle de la mâchoire avec contracture du masséter mais sans élévation de température et sans douleurs vives.

Les dents sont saines mais il existe une gingivite scorbutique ulcérée, datant de deux ans et contractée dans le port de Cherbourg ; toutes les dents antérieures sont déchaussées et mutilées, l'ulcération est surtout prononcée en avant du collet des incisives inférieures.

Bien que la gingivite scorbutique ne s'accompagne pas habituellement d'adénopathie, je ne puis m'empêcher d'attribuer la lésion actuelle à une infection de nature incertaine dont les ulcères scorbutiques ont été la porte d'entrée.

Les compresses de sublimé sur la tumeur, la cautérisation des ulcères gingivaux avec la solution d'acide salycilique au 1/20 dans l'alcool, améliore assez vite ces deux symptômes, le malade prend en outre du sirop antiscorbutique. Cependant l'ulcération de la gencive inférieure persiste et reste presque stationnaire jusqu'au 15 décembre,

Je constate à cette époque une éruption papuleuse occupant le tronc, les membres supérieurs et les cuisses ; le papules présentent une desquamation centrale et une collerette épidermique, les ganglions occipitaux sont engorgés.

La syphilis devient évidente elle a dû pénétrer par les gencives à l'insu du malade et sans produire de tubercule primitif visible du point d'inoculation.

Pour terminer l'étiologie de la syphilis primaire de la gencive, disons qu'elle frappe indifféremment les sexes, dans nos observations figurent 14 hommes

et 9 femmes, principalement les adultes ; nous n'avons pas rencontré d'observations de chancres de la gencive chez les enfants, par contre un des malades de M. Blaschko était un vieillard de soixante-quinze ans.

L'accident siégeait seize fois sur la gencive supérieure, cinq fois sur l'inférieure — toujours à la face antérieure dans le voisinage du sillon gingivo-dentaire sauf dans un cas présenté par M. Béclère à la Société de Dermatologie le 26 avril 1897 où il siégeait à la face interne.

OBSERVATION XVII

(Présenté par M. Béclère le 26 avril 1897 à la Société de Dermatologie.)

Chancre syphilitique de la gencive supérieure à face interne

Homme de trente ans, marié depuis sept ans, père de trois enfants bien portants, entre le 20 avril dernier dans mon service de l'hôpital Tenon, parce que depuis huit jours environ il souffrait de maux de tête et s'était vu le corps tout couvert de taches. A son entrée, je lui trouve une éruption généralisée d'un rose foncé disparaissant incomplètement sous le doigt, cette éruption offre tous les caractères de la roséole syphilitique à son déclin. Disséminées au milieu de ces éléments érythémateux, une douzaine environ de papules lenticulaires de couleur jam-

bonnée entourée d'une collerette épidermique ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie. Cependant les organes génitaux sont intacts et le malade est certain qu'ils n'ont été le siège d'aucune lésion, il affirme d'ailleurs n'avoir jamais fait d'infidélités à sa femme. A la recherche du chancre je trouve dans la région sous-maxillaire droite à cheval sur le bord inférieur de la mâchoire un ganglion, gros comme une noisette, dur, mobile et indolent qui m'amène, en faisant ouvrir la bouche du malade, à découvrir en arrière des incisives médianes supérieures encadrant leur collet, une ulcération un peu plus large qu'une pièce de 50 centimes. Cette lésion est bien loin de représenter les caractères extérieurs que revêt d'ordinaire l'accident initial de la syphilis.

Non seulement il est impossible d'apprécier aucune induration à sa base qui continue avec le tissu osseux de la mâchoire supérieure, mais c'est une ulcération « à contours indécis, frangés, irréguliers, à fond inégal, tourmenté, mamelonné, grenu, bourgeonnant, végétant par places, de teinte composite multicolore et au total sans signification objective »

La chronologie des accidents, l'intervalle de temps écoulé entre le début apparent de l'ulcération gingivale et les manifestations cutanées, par-dessus tout l'adénopathie sous-maxillaire se présentant avec tous les caractères du bubon satellite, telles sont les raisons qui me font admettre l'existence du chancre de la gencive aujourd'hui en voie de guérison sous l'influence du traitement (10 centigr. de proto-iodure) auquel il est soumis depuis son entrée à l'hôpital.

C'est là une localisation rare, M. Besnier en a vu également un cas.

Enfin la lésion était unique dans tous les cas sauf dans celui qui fait l'objet de l'observation XV, où il y avait coexistence de deux ulcérations, l'une gingivale l'autre linguale. M. le professeur Fournier a observé également un cas de chancre de la gencive coexistant avec un chancre palatin.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Le chancre de la gencive se présente à nous sous deux aspects cliniques bien divers, qui semblent dépendre dans une certaine mesure de l'état antérieur de la gencive sur laquelle il évolue.

Lorsque la gencive est saine il conserve les caractères du chancre génital. « Transportez, dit M. Fournier, par la pensée sur la région gingivale un chancre génital type et vous aurez la représentation exacte de la lésion qui nous occupe pour l'instant. »

Il est constitué généralement par une érosion superficielle, de petites dimensions, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ; sa forme est celle d'une demi-lune, d'un croissant dont la concavité à cheval sur le collet d'une ou deux dents voisines répond au bord libre de la gencive dont la convexité supérieure remonte parfois jusqu'au sillon gingivo-labial. Cette érosion est d'une belle couleur rouge carmin, couleur « chair musculaire » à fond lisse et uni non suppurant, ses contours sont bien limités, toutefois sans rebords ; l'induration caractéristique,

qui dans le cas de chancres d'autres régions fait contraste avec la souplesse des tissus avoisinants existe naturellement, mais il est très difficile de s'en rendre compte par suite de la dureté des plans osseux sur lesquels elle repose.

C'est là la description du chancre type de la gencive, tel que nous le trouvons dans l'observation IX du professeur Fournier.

Plusieurs autres variétés en ont été décrites par les observations, variétés dans sa forme et dans sa coloration.

Quelquefois l'érosion, au lieu d'être superficielle, devient une ulcération pouvant atteindre le périoste.

Souvent la coloration rouge vif perd son uniformité et est parsemée de taches gris jaunâtre ; quelquefois ces taches peuvent devenir confluentes et prendre l'aspect d'une pseudo-membrane grisâtre, opaline, qui recouvre le fond de la lésion, cette pseudo-membrane peut être elle-même bordée par une zone rougeâtre tranchant vivement sur la couleur plus rosée de la gencive.

OBSERVATION XVIII

(Malade présentée par M. Chompret à la Société de Dermatologie le 2 mars 1905.)

« Voici une jeune femme mariée depuis six mois à peine qui s'aperçoit il y a vingt jours qu'elle avait au-dessus de ses incisives supérieures droites, une ulcération ; ell

vient nous consulter et nous reconnûmes à première vue l'aspect clinique type du chancre gingival ; érosion superficielle en forme de croissant à convexité inférieure, à développement de 1 centimètre et reposant sur le collet des incisives droites.

Pas de rebord, pas d'induration, la surface ulcérée recouverte d'une couche pseudo-membraneuse limitée par une joue rouge tranchant avec la couleur rosée de la gencive.

Lésion incolore s'accompagnant d'une légère adénopathie sous-maxillaire à droite, la dentition est parfaite.

La malade fort intelligente, institutrice, ne peut nous renseigner sur aucune voie étiologique de son affection. Elle n'a pas vu de dentiste, ne s'est jamais servi de cure-dents et ne se rappelle d'aucun traumatisme ou contact suspect dans cette région. Son mari, d'aspect fort robuste nie avoir jamais eu aucun accident syphilitique. »

L'évolution de ce type, quelle qu'en soit la variété, est peu douloureux et ne s'accompagne pas de troubles fonctionnels marqués ; à peine observe-t-on un peu de sensibilité au contact des aliments acides et des boissons alcooliques.

On conçoit facilement que le chancre présente de tous autres caractères lorsqu'il vient se greffer sur une affection persistante de la gencive, lorsqu'il se développe sur un terrain déjà malade et que l'ulcération spécifique se complique d'une infection due aux microbes hôtes habituels de la cavité buccale.

Dans de telles conditions, le chancre perd sa physionomie habituelle et devient méconnaissable.

« Ici plus de configuration ou de demi-lune, plus de surface remarquable par son état lisse et particulier. « Par contre » ulcération étalée sur le bord gingival et encadrant le collet de deux ou plus rarement trois dents, ulcération à contours indécis, frangés, irréguliers à fond inégal, tourmenté, mamelonné, grenu, bourgeonnant, végétant même par places, quelquefois à fond surélevé et devenu papuleux de teinte composite, multicolore et au total sans signification objective. »

Consécutivement à l'infection microbienne qui vient s'ajouter à l'infection syphilitique, les gencives sont rouges, boursouflées, tuméfiées dans toute l'étendue et au delà de la lésion, l'inflammation s'insinue dans les espaces interdentaires et vient déborder à la face postérieure, les bords de l'ulcération sont décollés laissant voir les dents déchaussées dans leurs alvéoles, la muqueuse est ulcérée, baigne dans le pus et saigne au moindre contact.

Contrairement à ce que l'on observe dans le chancre typique, l'évolution de cette forme s'accompagne de douleurs spontanées qui s'exagèrent par la préhension, la mastication, par la sensation du chaud et du froid, par le passage des aliments, tous phénomènes de périostite alvéolo-dentaire.

OBSERVATION XIX

(Nivet — Thèse de Paris, 1887.)

Le nommé B..., âgé de quarante ans, entre le 8 octobre 1885, salle Saint-Louis, n° 14, pour une ulcération siégeant à la gencive au niveau de la canine gauche.

Il y a quinze jours environ, le malade s'est aperçu qu'il avait mal dans la bouche et en même temps il constatait au-dessus de la canine gauche une petite ulcération, il n'y fit d'abord pas attention, mais la lésion ulcéreuse augmentant et tout le côté gauche de la face se trouvant tuméfié, il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée on constate une érosion gingivale consistant en une entamure de la gencive ovoïde à grand diamètre antéro-postérieur, découvrant le collet de la canine gauche et des incisives du même côté et s'étendant en haut jusqu'au sillon labial supérieur ; le fond lisse présente une teinte opaline et les bords peu nets à gauche sont au contraire boursouflés sur la ligne médiane.

Adénopathie sous-maxillaire bi-latérale et sous-occipitale.

Diagnostic. — Chancre de la gencive.

Rien sur le corps ni sur les organes génitaux.

Le malade a fumé il y a une semaine environ (il se le rappelle fort bien) dans une pipe qui n'était pas la sienne, mais il ne sait pas à qui elle appartenait. D'un autre côté le malade n'est pas marié, et il ne se fait pas faute de cou-

cher avec des femmes qu'il voit pour la première fois ; l'étiologie est, on le voit, très difficile à démêler.

Traitement spécifique. — Le 20 octobre, le malade se plaint beaucoup de douleurs dentaires.

Les dents au niveau du chancre sont ébranlées et douloureuses à la pression. Tuméfaction de la muqueuse et de la peau au niveau de la branche montante du maxillaire supérieur gauche.

Léger point de sphacèle à la partie centrale du chancre.

Nous constatons aujourd'hui sur le corps une belle roséole.

Le 28, la périostite est disparue et le chancre débarrassé de la partie centrale sphacélée est en pleine voie de bourgeonnement.

L'infection spécifique de la gencive retentit sur le système lymphatique ganglionnaire dont elle dépend. Cette adénopathie siège le plus souvent dans la région sous-maxillaire du côté infecté le long du bord inférieur et à la face interne ainsi qu'à l'angle de la mâchoire. Elle se présente avec tous les caractères de l'adénite syphilitique ; un ganglion volumineux au milieu d'une pléiade de ganglions plus petits, durs, roulant sous le doigt, non douloureux. Cette adénite peut être bi-latérale ; elle se propage quelquefois à la chaîne ganglionnaire qui longe le bord postérieur du sterno-cléido mastoïdien.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic du chancre de la gencive, présente avant l'apparition des accidents secondaires, les plus grandes difficultés. Comme c'est une localisation rare de la syphilis, le praticien n'a pas présente à l'esprit la possibilité de l'origine spécifique de la lésion qui est soumise à son examen, et bien souvent les malades ne peuvent ou ne veulent leur donner de renseignements susceptibles d'éclairer son diagnostic.

C'est ce qui explique les nombreuses erreurs qui ont été commises, nous n'en voulons pour preuves que celles qui ont été rapportées dans nos observations ou au cours de la discussion de ces mêmes observations.

C'est ainsi que la malade de Lancereaux (obs. VII) était soignée pour un abcès de la mâchoire, avant d'être examinée par ce maître de l'art ; une autre de M. Chompret (obs. VIII) pour une stomatite d'origine infectieuse, une troisième de M. Barthélemy pour un décollement anémique de la gencive. M. Rosen-

thal cita, à la Société de Dermatologie de Berlin, un cas de chancre gingival qui avait été diagnostiqué tumeur maligne et qui faillit être opéré comme tel. De même une des malades de M. le professeur Gaucher (obs. XX) eut sa lésion scarifiée et même enlevée par un dentiste, il est vrai, qui croyait avoir affaire à un épulis.

Il existe cependant un certain nombre de points qui peuvent servir à différencier le chancre de la gencive des diverses affections qui peuvent le simuler.

Le chancre est une lésion locale, nettement circonscrite, de petites dimensions, consistant en une érosion lisse et sans rebords, de couleur rougeâtre — reposant sur une base indurée — érosion atteignant en quelques jours son complet développement — non douloureuse — s'accompagnant d'une adénopathie précoce, présentant les caractères de l'adénopathie syphilitique.

Il ne sera donc pas confondu :

a) Avec les lésions que peuvent produire sur la gencive le voisinage d'une dent cassée ou cariée, ulcérations, abcès, périostite alvéolo-dentaire, lésions évidemment locales pouvant s'accompagner d'adénite, mais douloureuses et guérissant en trois ou quatre jours, du fait de l'extirpation de la dent qui les produit. Dans le cas de chancre siégeant au voisinage d'une dent cariée, l'avulsion de cette dent produirait une amélioration, mais non une guérison rapide.

b) Avec les gingivites ulcéreuses. Elles ne sont pas

localisées, mais tendent à envahir une grande partie, sinon la totalité de la gencive : de plus elles ont une marche lente et progressive. Les gingivites ulcéro-membraneuses s'accompagnent de phénomènes généraux de salivation, de fétidité de l'haleine, les ulcérations siègent également à la face interne des joues ; ces symptômes s'observent également dans la stomatite mercurielle, enfin dans les gingivites tartriques, la présence du tartre, dans les gingivites professionnelles, les commémoratifs, conduiront au diagnostic.

c) Avec les tumeurs épithéliales des gencives ; leur aspect est sensiblement différent du chancre : leur surface n'est point lisse, mais au contraire végétante, bougeonnante, au toucher elles sont molles, friables et saignent facilement. Leur évolution est rapide, mais l'engorgement ganglionnaire est tardif.

Les difficultés du diagnostic se trouvent sensiblement accrues du fait de l'évolution du chancre sur des tissus pathologiquement altérés ; dans ces conditions, il est clair que l'on ne pourra se prononcer sur la nature spécifique du chancre et que l'on devra attendre, pour l'affirmer, l'apparition des phénomènes secondaires, principalement de la roséole.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement

M. le professeur Fournier a montré que le pronostic de la syphilis n'était pas aggravé du fait du siège extra-génital de l'accident initial. Le nombre des véroles malignes succédant à des chancres extra-génitaux est sensiblement le même que dans celles dérivant des chancres génitaux. Nous n'avons donc aucune raison d'insister sur ce sujet en ce qui concerne le chancre de la gencive.

Quant au traitement, il visera la lésion locale et l'infection générale de l'organisme.

Le traitement local consistera dans une hygiène sévère de la cavité buccale et des gencives : proscription absolue du tabac, des boissons acides et alcoolisées, bains de bouche d'eau boriquée fréquemment répétés, attouchements de l'ulcération à la teinture d'iode ou cautérisations au nitrate d'argent.

Le traitement général sera le traitement spécifique. Le mercure peut être donné en pilules, frictions ou injections.

De ces trois modes de traitement, M. le professeur

Gaucher recommande l'emploi des injections de sels solubles, l'injection de sels insolubles étant « une hérésie pharmacologique, une méthode aveugle qui peut exposer à de graves accidents ». De cette façon on est sûr de la quantité de mercure absorbé, cette absorption se faisant régulièrement au fur et à mesure des injections, M. Gaucher préconise l'emploi du benzoate de mercure, qui semble moins douloureux que le peptonate ou que le bi-iodure et il recommande la formule suivante :

Benzoate d'hydragyre.....	1 gr.
Na Cl chimiquement pur...	2 gr. 50
Eau stérilisée.....	100 gr.

Injecter chaque jour 2 centimètres cubes de cette solution.

DOCUMENTS

OBSERVATION XX

(MM. Gaucher et Chiray. — *Chancre syphilitique de la gencive.*)

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 6 février 1903.

Le malade que nous présentons à la Société est entré dans le service de la clinique le 5 janvier pour une lésion de la gencive supérieure. On trouvait celle-ci rouge, boursouflée et ulcérée sur une étendue correspondant aux quatre incisives à la canine et à la première petite molaire gauche. La lésion empiétait un peu sur la gencive postérieure, il semblait qu'elle s'insinuât entre les deux incisives médianes pour émettre un bourgeon sur la gencive postérieure.

Les dents étaient intactes mais l'incisive supérieure gauche apparaissait très déchaussée.

A la vue et à l'exploration manuelle, on trouvait les ganglions sous-maxillaires très hypertrophiés des deux côtés. Ils étaient durs et indolores.

En même temps la constatation d'une roséole papuleuse

généralisée depuis trois semaines avant l'entrée venait servir d'appoint décisif au diagnostic. Cette malade présentait un grand intérêt non seulement à cause du siège gingival de l'accident initial, mais à cause des discussions que soulève l'étiologie de sa syphilis.

En l'interrogeant, on apprenait que le chancre était apparu au commencement du mois d'octobre. La malade crut avoir été infectée par une amie syphilitique qu'elle avait recueillie dans sa chambre et à qui elle avait même prêté sa brosse à dents. Mais la cohabitation a eu lieu vers le mois de juin, elle a cessé complètement depuis cette époque. L'accident initial survenant en octobre, il faudrait admettre une incubation de trois mois ce qui est peu vraisemblable.

D'autre part quand apparurent les premiers accidents, la malade fut traitée par un dentiste qui scarifia et même enleva la petite néoplasie, — croyant avoir affaire à une épulis.

La question se posait pourtant de savoir si la malade n'aurait point eu une lésion banale de gencive, que le dentiste aurait contaminée avec les instruments, ou si elle présentait dès ce moment un accident syphilitique qui fut méconnu.

En reconstituant avec soin la chronologie, on constate que la roséole est apparue exactement trois semaines après l'apparition de la lésion gingivale. Les délais classiques ont donc été respectés et tout faire croire qu'il s'agissait d'emblée d'un chancre syphilitique pour lequel une erreur de diagnostic a été commise.

Il semble aussi que l'on ne puisse incriminer comme

origine de la contamination l'amie syphilitique recueillie par la malade.

La malade a été traitée par les pilules de Dupuytren et par des cautérisations locales au nitrate d'argent. Elle est actuellement en voie de guérison mais on voit encore néanmoins le chancre qui n'est pas encore complètement cicatrisé.

M. Barthélemy. — J'ai observé il y a deux ans un chancre syphilitique de la gencive supérieure dans la région médiane, sur le bord libre de la gencive de l'incisive médiane précisément dans le même point que celui que M. Gaucher nous montre. Comme dans ce cas, la nature de la lésion avait été méconnue et la malade était soignée pour un décollement anémique et arthritique de la gencive. Quand j'ai vu la malade, l'érosion chancreuse, car c'était un chancre syphilitique, lisse, érosif, d'un beau rouge, la cicatrisation était presque obtenue ; mais l'aspect semi-lunaire de la lésion, l'induration caractéristique, l'adénopathie sous-maxillaire et la chronologie des accidents secondaires, prouvèrent que c'était bien là que la syphilis avait pénétré dans le corps de cette femme. Etait-ce par le baiser d'une extrémité linguale funéraire et contagieuse ? Etait-ce par la classique brosse à dents dont s'était servie indiscrètement une camériste contaminée, peu importe, le fait important était que la syphilis existait et que la nature de l'accident initial avait été méconnue.

OBSERVATION XXI

(Gillebert Dhercourt. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1880.)

Un malade se présente, portant une roséole caractéristique et affirmant n'avoir eu aucun chancre. On recherche les ganglions et comme la région inguinale n'en présentait pas, on cherche ailleurs et on finit par découvrir l'ulcération primitive à la gencive de la mâchoire supérieure entre les incisives médianes avec ganglions durs roulant sous le doigt à l'angle de la mâchoire.

OBSERVATION XXII

(Société viennoise de Dermatologie, 10 janvier 1894.)

M. Nobl présente un malade ayant une localisation rare de l'affection syphilitique primaire. Il existe en effet une ulcération dure, saillante, recouverte du pus au centre, occupant la gencive au niveau de la dernière dent incisive du côté droit de la canine de la première molaire de la mâchoire supérieure. Selon le malade, cette ulcération remonterait à six semaines, et ce n'est qu'après quinze jours que serait survenu l'engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté droit.

OBSERVATION XXIII

(Société Berlinoise de Dermatologie, 16 juillet 1897.)

M. Lesser présente une malade de trente-trois ans qui, à la fin du mois, a été prise de frissons et céphalalgie. En même temps, iritis du côté droit et syphilide généralisée de nature papuleuse. Il survient plus tard de l'autre côté une iritis papuleuse. Les organes génitaux de la malade étaient intacts, pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Par contre il existe sur la gencive du maxillaire inférieur correspondant aux incisives moyennes une ulcération superficielleavec engorgement modéré du ganglion sous-maxillaire. Il s'agit probablement d'une affection primaire de la gencive.

Peut-être cette malade a-t-elle été contagionnée par son frère avec lequel elle habitait, bien qu'on ait pas constaté de syphilis chez lui.

OBSERVATION XXIV

(*British. Journal of Dermatologie*, décembre 1899, p. 461.)

W. T. Freemann. Jeune fille de seize ans présente un ulcère large comme un demi-shilling sur le côté extérieur de la gencive correspondant à la dernière molaire inférieure droite. Cet ulcère est végétant et dur au toucher, la muqueuse voisine de la gencive et de la joue est gonflée

au point de faire saillie en dehors de la joue ; il n'y a pas à ce moment d'adénopathie ni d'éruption.

Le traitement mercuriel amène assez promptement la guérison de cet ulcère : mais pendant ce temps il apparaît une adénopathie généralisée et une éruption érythémateuse.

CHAPITRE VII

Conclusions

Le chancre de la gencive est une localisation rare de la syphilis primaire.

Comme pour les autres chancres de la bouche, son origine peut être vénérienne, mais plus souvent accidentelle : les agents de contamination sont principalement les objets intéressant l'hygiène dentaire, et les instruments de dentisterie. A ce sujet, il serait à désirer que les opérations dentaires, fussent entourées des mêmes soins d'asepsie que les autres opérations chirurgicales.

Les caractères du chancre de la gencive sont souvent ceux du chancre génital. Par suite du peu d'intensité des phénomènes douloureux qui l'accompagnent, il peut facilement passer inaperçu.

Lorsqu'il est soumis à l'examen du médecin, en raison de sa rareté et des autres affections de la gencive avec laquelle il peut être confondu, son dia-

gnostic est difficile et a donné lieu à de nombreuses erreurs que seule l'apparition d'autres phénomènes spécifiques secondaires a permis de réparer.

Vu : le président de la thèse
GAUCHER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Astruc. — Taité des maladies vénériennes, 1760.

Béclère. — Chancre syphilitique de la gencive à sa face interne. (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1898.)

Bruhms. — Chancre infectant de la gencive. (Annales de Dermat. et de Syphilig., 1898.)

Carivenc. — Thèse de Paris, 1905.

Chompret. — Chancre de la gencive. (Revue de Stomatologie, 1900.)

— Chancre de la gencive. (Revue de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1905.)

Danlos. — Chancre gingival. (Annales de Dermat. et de Syphilig., 1895.)

Duncan-Bulkley. — Syphilis in the Innocent.

Decréguy. — Chancre de la langue. (Revue de Stomatologie, octobre 1907.)

Fournier. — Chancres extra-génitaux, 1897.

Foveau de Courmelles. — Infection syphilitique gingivale par brosse à dents. (Journal des maladies cutanées, 1905.)

Frossard. — Thèse de Paris, 1902,

FREEMANN. — Chancres extra-génitaux. (British. Journal of. Dermatology, déc. 1899, p. 461.)

GAUCHER. — Traitement de syphilis. (L'Œuvre médico-chirurgicale, n° 31, mai 1905.)

GAUCHER et CHIRAY. — Chancre de la gencive. (Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1903.)

GAUCHER et DRUELLE. — Chancre de la gencive. (Annales de Dermat. et de Syphilig., juin 1907.)

GILLEBERT-DHERCOURT. — Chancre de la gencive. (Annales de Dermat. et de Syphilig., 1880.)

GIRODE. — Chancre de la gencive développé par une gingivite phosphorique. (Revue de Syphiligraphie, 1888, p. 417.)

HULOT. — Chancre de la gencive. (Annales de Dermat., 1889.)

JEANSELME. — Chancres extra-génitaux. (Gazette des Hôpitaux, mai 1906.)

JOSSO. — Thèse de Paris, 1902.

LANCEREAUX. — Chancre de la gencive. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1889.)

LELOIR. — Leçons sur la Syphilis, 1886.

LESSER. — Chancres extra-génitaux. (Société berlinoise de Dermatologie, juillet 1897.)

MOTY. — Syphilis ignorée et syphilis céphalique primitive. (Echo Médical du Nord, mars 1897, p. 126.)

MUNCHHEIMER. — Chancres extra-génitaux. (Statistique. Arch. f. Dermat. und Syphilis, 1897.)

NIVET. — Thèse de Paris, 1887.

Nobl. — Chancre de la gencive. (Société viennoise de Dermatologie, janvier 1894.)

Paul. — Syphilis extra-génitale. (Société berlinoise de Dermat. mars 1895.)

Poncet. — Chancre de la gencive. (Société des Sciences médicales de Lyon, 1881.)

Stourme. — Thèse de Lyon, 1889.

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, Rue Racine, Paris